

A GESTÃO POR RESULTADOS NO SECTOR PÚBLICO: O CASO DOS HOSPITAIS EPE

HUGO MARCO CONSCIÊNCIA SILVESTRE¹

Professor, ISCSP/UTL

JOAQUIM FILIPE FERRAZ ESTEVES ARAÚJO

Professor, EEG, UM

Palavras-chave: Reforma Administrativa, Gestão por resultados, *Tableau de Bord*, Eficiência, Hospitais EPE

Tema 2 – Gestão e Avaliação do Desempenho das Organizações e das Pessoas

Resumo

O controlo dos resultados através da medição do desempenho e dos respectivos indicadores é uma das vertentes mais visíveis da influência da Nova Gestão Pública. Avaliar o desempenho das organizações públicas tornou-se numa preocupação de vários países, porque se acredita que a gestão eficiente das organizações públicas só é possível se houver instrumentos de gestão que proporcionem informação aos políticos, aos gestores e aos cidadãos sobre as actividades das organizações públicas. Esta ideia permeou as várias áreas de intervenção do governo como por exemplo a saúde, a educação e a segurança social.

Portugal não ficou imune a este fenómeno. A transformação de 31 hospitais do sector público administrativo em empresas é o reflexo da aplicação das ideias da Nova Gestão Pública. Na continuidade daquilo que é a tendência actual da reforma administrativa os reformadores entendem que este é o modelo que induz níveis de eficiência mais elevados.

Simultaneamente a esta mudança foi introduzido o *Tableau de Bord* com o objectivo de proporcionar aos políticos e gestores públicos informação de gestão que permitisse monitorar o desempenho dos hospitais públicos desde 2003 – momento em que se procedeu à empresarialização de 31 hospitais que até então estavam integrados no Sector Público Administrativo. Subjacente a estes actos deparamo-nos com a crença de que, uma vez introduzidas as ferramentas da gestão privada nas organizações públicas, o desempenho organizacional iria melhorar.

Este artigo tem como objectivo geral conhecer o impacto que a adopção do *Tableau de Bord* teve nos 31 hospitais empresarializados em 2003 e perceber em que medida os resultados são influenciados pelas valências, ou sub-unidades de produção, dos hospitais. Procuraremos também saber em que medida o tipo de hospital, se especialista ou generalista, influencia o Indicador Global de Eficiência. Por fim, analisaremos a relação que se estabelece entre a densidade populacional e o Indicador Global de Eficiência de cada hospital. Para tentar perceber a relação que existe entre estas variáveis faremos uso da análise de regressão e do modelo sem constante para verificar qual o impacto que cada uma dessas variáveis tem no Indicador Global de Eficiência (a variável dependente). Depois de verificada a correlação entre as variáveis, faremos a aplicação do teste do qui-quadrado para medir o grau de associação entre as variáveis apuradas.

Da aplicação daquelas ferramentas concluímos que a eficiência organizacional é influenciada pelo grau de heterogeneidade das organizações e pela densidade populacional que cada uma delas serve – esta última no caso dos hospitais generalistas. Contudo, não se confirma a hipótese de que existe uma melhoria do índice global de eficiência resultante da adopção do *Tableau de Bord* – sendo esta indeterminada.

¹ O autor agradece o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia para a prossecução da investigação

1. Introdução

A reforma do Sector Público sob influência do modelo da Nova Gestão Pública (NGP) foi iniciada no final da década de 70 no Reino Unido (RU) (Ferlie, Fitzgerald, 2002; Lane, 2000; McLaughlin, Osborne, 2002; Suleiman, 2003), tornando-se a referência para a reforma do Sector Público (Peters, 2000).

A reforma teve como objectivos, entre outros, aumentar a responsabilidade dos colaboradores públicos perante a legislatura e desta perante os cidadãos (Johnston, Romzek 1999; Pollitt, Birchall, Putman, 1998; Pollitt, Bouckaert, 2004) através da promoção da avaliação do desempenho. Para que a responsabilidade dos colaboradores públicos fosse efectiva foram introduzidos os indicadores de desempenho (Bouckaert, Halligan, 2006; Carter, 1991), como parte integrante e estratégica da avaliação dos serviços públicos (Carter, Klein, Day, 1992; Metcalfe, Cowper, 1998). Com esta iniciativa, a medição e a avaliação do desempenho tornaram-se elementos fulcrais da monitorização e do controlo dos serviços públicos (Bouckaert, 1996).

A Nova Gestão Pública tem influenciado a reforma do Sector Público em Portugal nomeadamente com a introdução da medição do desempenho e a definição de indicadores. Por exemplo, constatamos que no sector da saúde tem sido utilizado o *Tableau de Bord* para medir o desempenho dos hospitais públicos desde 2003 – momento em que se procedeu à empresarialização de 31 hospitais que até então estavam integrados no Sector Público Administrativo. Subjacente a esta decisão está a crença de que, uma vez introduzidas as ferramentas da gestão privada nas organizações públicas, o desempenho organizacional irá melhorar.

Decorridos que estão cerca de 5 anos sobre a introdução destes instrumentos importa conhecer e analisar o impacto que a adopção do *Tableau de Bord* teve nos 31 hospitais empresarializados. Para além disso, procuraremos perceber em que medida os resultados são influenciados pelas valências, ou sub-unidades de produção, dos hospitais e em que medida o tipo de hospital, se especialista ou se generalista, influencia o Indicador Global de Eficiência. Analisaremos também a relação que se estabelece entre a densidade populacional e o Indicador Global de Eficiência de cada hospital. Para tentar perceber a relação que existe entre estas variáveis faremos uso da análise de regressão e do modelo sem constante, para verificar qual o impacto que cada uma dessas variáveis tem no Indicador Global de Eficiência (a variável dependente). Depois de verificada a correlação entre as variáveis, faremos a aplicação do teste do qui-quadrado para medir o grau de associação entre as variáveis apuradas. Posto isto, passamos então em análise o Estado da Arte no que concerne à avaliação de Desempenho no Sector Público. Os dados utilizados para esta análise foram recolhidos de estatísticas oficiais.

2. A avaliação de desempenho no Sector Público

Como já avançámos, a NGP teve como objectivo, entre outros, promover a avaliação do desempenho no Sector Público. A avaliação das organizações públicas resultou da convicção geral de que o Estado era eminentemente

gastador, não fazendo um uso eficiente dos dinheiros públicos (Araújo, 2000; Bilhim, 2000; Clarke, 1993; Suleiman, 2003).

Para a propagação desta crença muito contribuiu o pensamento dos autores que se inserem na corrente managerial, para quem as práticas de gestão do sector privado são superiores às práticas do sector público (Araújo, 2003, 2004; Ferner, Colling, 1993; Peters, Savoie, 1994; Pollitt, Birchall, Putman, 1998). Assim, tudo o que é público é ineficiente, menos produtivo, menos célere e sai mais caro aos cidadãos que a produção realizada pelo sector privado (Drewry, 2000; Lane, 2005; Martin, Parker, 1997; O'Toole, Meier, 2004; Peters, Pierre, 1998; Piletis, Clarke, 1993; Suleiman, 2003; Worthington, 1999). A ideia de que as práticas do sector privado e o mercado são superiores resulta da crença de que, uma vez introduzidos os mercados e o seu mecanismo de preços, que caracterizam o ambiente organizacional privado, a competição entre organizações irá aumentar induzindo assim a eficiência. Com a introdução da competição no sector público, o desempenho das organizações públicas irá também melhorar, através do aumento da eficiência, da eficácia, assim como de uma maior responsabilização perante os cidadãos (Drewry, 2005; Farazmand, 2001; Giddings, 2005; Kirkpatrick, Lucio, 1995; Peters, 2000).

A avaliação do desempenho surge assim com a assumpção de que “não podes gerir o que não podes medir” (Anderson, 1999: 32) ou “se não o podes medir, não o podes gerir” (Bouckaert, Halligan, 2006: 3) embora, para alguns autores, “é errado supor que se não o podes medir, não o podes gerir – um mito dispendioso” (Deming, 1994: 35).

Como principal motivo, a avaliação de desempenho surge nas economias avançadas pelas crescentes exigências com a melhoria da eficiência, da qualidade, da quantidade dos bens e dos serviços públicos produzidos e prestados, ao mesmo tempo que diminuem os impostos cobrados aos cidadãos (Micheli, Neely, Kennerley, 2005). De um modo geral, a ênfase da reforma administrativa tem sido colocada no *Value-for-Money*, dando-se especial enfoque à preocupação com os impostos pagos pelos contribuintes (*idem*) e consequentemente à necessidade de se proceder à avaliação das actividades governamentais – tidas como cruciais (Bourn, 1992). Esta proeminência está relacionada com a ideia do que deverá ser a democracia, em que as organizações públicas e os seus executores deverão ser responsáveis pelas políticas que adoptam e pelo modo como as implementam (*idem*).

Das responsabilidades dos executores da acção pública, e segundo alguns autores, o desempenho governamental pode assumir um, ou mais, dos seguintes critérios: político, legal, processual, de resposta e managerial (*ibidem*). Para o presente estudo de critério managerial é fundamental. Contudo, os conceitos de desempenho e da sua gestão continuam a ser obscuros (*ibidem*) resultando este enigma do entendimento que os vários autores dão ao próprio conceito e aos indicadores que o devem compor, porque “avaliar uma actividade significa chegar a um julgamento sobre o seu valor” (Long, 1992: 59).

Em primeiro lugar, devemos referir que a avaliação do desempenho teve origem nas organizações privadas, mercê da relação que estas têm com o mercado e da consequente necessidade de se socorrerem de medidas de realização das actividades executadas (Bouckaert, Halligan, 2006). Uma vez

iniciada no sector privado, a avaliação de desempenho foi, segundo alguns autores, introduzida no Sector Público através do modelo da NGP (*idem*), embora com distintos caracteres em relação às organizações privadas (Bovaird, Gregory, 1996). Deste modo, os indicadores de desempenho têm sido grandemente utilizados na reforma do Sector Público sob influência deste modelo (Pollitt, Bouckaert, 2004), quer na sua medição (remete-nos para a quantificação da actividade), quer na sua gestão (visa a motivação dos colaboradores para a adopção de um comportamento que levará a uma melhoria contínua) (Radnor, 2005).

Como conceito, o desempenho remete-nos para o momento em que “uma organização pública define os seus produtos e serviços desenvolvendo indicadores para (...) (os medir)” (Bruijn, 2002: 578). Já os indicadores de desempenho se definem como elementos de avaliação quantitativa de uma actividade organizacional (Wilcox, 1992). Estes indicadores poderão reportar a vários tipos de informação, como medidas de *input* (aquilo com que realizamos a nossa labuta), de *processo* (que define o *como* realizamos a nossa labuta) ou de *output* (que determina os resultados finais da labuta) (*idem*), ou então podem aludir à relação entre estas medidas, como a eficiência ou a eficácia organizacionais (IRAR, LNEC, 2005).

Subjacente à adopção da avaliação do desempenho pelo Sector Público, é avançado que “com a definição desses produtos e indicadores de avaliação, a organização pode incorporar a sua produção no planeamento e ciclo de controlo, as quais irão melhorar o desempenho da organização” (Bruijn, 2002: 578) – e desta afirmação resulta a seguinte hipótese de trabalho:

Hipótese 1: a medição de desempenho e a utilização dos respectivos indicadores aumentam o desempenho da organização.

Independentemente da crença de que a introdução da avaliação eleva o desempenho organizacional, o facto é que os indicadores de desempenho foram introduzidos no Sector Público (Bouckaert, Halligan, 2006; Carter, 1991) como parte integrante e estratégica da avaliação dos serviços públicos (Carter, Klein, Day, 1992; Metcalfe, Cowper, 1998).

No caso do Reino Unido eram parte da estratégia e integravam a avaliação dos serviços públicos. O número de indicadores foi aumentando, passando de 500 em 1985 para 2000 em 1988 (Carter, 1991). Em termos de sectores, e à parte os números, foi no sector da saúde onde foram pela primeira vez implementados com um carácter geral, decorria o ano de 1983 (Pollitt, 2005). E se no seu início os indicadores se centravam nos custos e na eficiência da acção organizacional, desenvolveram-se posteriormente abarcando outras dimensões, como a dos efeitos e a da satisfação dos utilizadores dos serviços (*idem*). Mais tarde, os indicadores de desempenho foram introduzidos noutros sectores públicos, como nas prisões, na educação, nos tribunais, etc. (Pollitt, Harrison, 1992). Esta é uma tendência que está presente na reforma de vários países ocidentais (Ketl, 2000).

Mesmo existindo diferentes ênfases na e para a utilização dos indicadores de desempenho nos vários sectores da Administração Pública, a sua gestão e medição tornaram-se centrais para o modelo da NGP. Esta sequência deveu-se

ao facto de ser impossível contemplar a gestão neste sector sem que tenhamos em consideração a medição do desempenho e respectivos resultados (Bouckaert, Halligan, 2006).

É ainda de salientar que, em determinados sectores, a acção das organizações públicas é exercida em regime de monopólio e por tal dever-se-á fomentar o uso de mecanismos que possibilitem a comparação entre desempenhos organizacionais (Baptista, 2005). A introdução de competição, mesmo que virtual, pode gerar o incentivo para uma maior eficiência e eficácia (Baptista, 2005; Rocha, 2000) ou qualidade na produção (Rocha, 2000). Esses incentivos só são possíveis com a construção de indicadores de desempenho que possibilitem a medição da eficiência, da eficácia ou da qualidade – dependendo a ênfase colocada das tradições de cada país (*idem*).

Em síntese, referimos que a medição e a avaliação do desempenho foram desenvolvidas sob influência da NGP tendo como propósitos a promoção da medição e posterior avaliação da realização organizacional pública. Com a introdução dos indicadores de desempenho, os decisores políticos dotaram-se de ferramentas capazes de fazer a comparação entre os desempenhos das organizações públicas e também entre estas e os privados – como a utilização do *Tableau de Bord*, que passamos agora a analisar.

2.1. A Gestão por Resultados: o *Tableau de Bord*

A Gestão por Resultados (GpR), nomeadamente o denominado *Tableau de Bord* (*TdB*), foi uma das ferramentas de que os Governos se socorreram para medir e comparar o desempenho das organizações públicas – desta constatação importa conhecer as origens e os pressupostos desta abordagem e das respectivas ferramentas, que passamos a descrever.

A GpR no Sector Público teve origem no Norte da Europa, particularmente nos países escandinavos durante a década de 80 (Wegener, 2000). Como ferramenta, a GpR tem como pressuposto fundamental a acção organizacional imediata sobre qualquer factor que faça diminuir a produtividade (Deming, 1994). Para o efeito privilegia um *feed-back* permanente e contínuo de todo o sistema organizacional, ao invés da formulação única dos objectivos (Wegener, 2000). Assim, a GpR caracteriza-se por ser uma abordagem de tipo *top-down*, promovendo a gestão profissional; coloca a ênfase nos resultados (*doing the right thing*), estabelecendo para o efeito níveis claros de desempenho e de mensuração; é um processo de gestão linear; desenvolve a gestão estratégica; essa mesma gestão estratégica deve estar de acordo com a política de trabalho da organização; e tem uma tendência para a organização do trabalho do tipo pós-taylorismo (*idem*). Estas características da GpR foram desenvolvidas pela ferramenta do *TdB* – que passamos agora a analisar.

O *TdB* teve origem em França há mais de 50 anos (Epstein, Manzoni, 1997). Esta ferramenta foi desenvolvida por engenheiros e tinha como principal função melhorar os processos de produção através do desenvolvimento e do entendimento das relações causa-efeito (*idem*), como se de um painel de automóvel se tratasse (Epstein, Manzoni, 1997; Jordan, Neves, Rodrigues, 1990).

Se no seu início esta ferramenta foi criada e desenvolvida pelos quadros intermédios, passou posteriormente a ser utilizada pelos gestores de topo. Através da informação fornecida com a utilização do *TdB*, os gestores de topo realizavam um melhor controlo da produção e ao mesmo tempo possibilitava-lhes a comparação com os objectivos fixados pela organização (Epstein, Manzoni, 1997). Para além dos desvios da produção em relação aos objectivos determinados, o *TdB* permite encetar as necessárias e céleres alterações – de curto prazo, portanto – ao processo de produção (*idem*). A escolha do *TdB* visa então “assegurar uma síntese das actividades e dos resultados de um centro de responsabilidade ou da empresa como um todo” (Jordan, Neves, Rodrigues, 1990: 121).

Pelo descrito verifica-se que o *TdB* pode beneficiar a organização através da 1) disponibilização de informação num curto espaço de tempo a cada unidade de produção (Epstein, Manzoni, 1997; Jordan, Neves, Rodrigues, 1990) auxiliando a tomada de decisão (Epstein, Manzoni, 1997; Jordan, Neves, Rodrigues, 1990); 2) informação do próximo nível do desempenho das sub-unidades organizacionais (Epstein, Manzoni, 1997) promovendo deste modo o diálogo entre os vários órgãos (Jordan, Neves, Rodrigues, 1990); 3) obrigação de cada sub-unidade se posicionar no contexto da estratégia da organização e consequentemente de partilhar as responsabilidades de todas as outras sub-unidades (Epstein, Manzoni, 1997); 4) contribuição para delinear a agenda de gestão, ao mesmo tempo que torna proeminentes os factores manageriais essenciais (*idem*).

Os benefícios que esta ferramenta proporciona às organizações resultam das características que propõe e que devem ser respeitadas, que são: a aplicação a todas as sub-unidades da organização, porque todas elas têm objectivos diferentes – logo, cada uma delas deverá ter o seu *TdB* (Epstein, Manzoni, 1997); a rapidez, daí que as informações necessárias devam ser disponibilizadas quase no imediato (Epstein, Manzoni, 1997; Jordan, Neves, Rodrigues, 1990); a abrangência de dados financeiros, devendo incluir igualmente dados operacionais (Jordan, Neves, Rodrigues, 1990) – aliás, estes são tidos por alguns autores como os mais importantes, porque providenciam melhor informação sobre os impactos das decisões adoptadas (logo da relação causa-efeito) (Epstein, Manzoni, 1997); a compreensão de indicadores diversificados, isto é, com origens em várias sub-unidades da organização (Jordan, Neves, Rodrigues, 1990); a frequência, porque os dados devem ser mensalmente actualizados (Jordan, Neves, Rodrigues, 1990); a síntese, porque faz uso de um mínimo de indicadores, sendo estes essenciais na acção organizacional (Epstein, Manzoni, 1997; Jordan, Neves, Rodrigues, 1990), ou seja, “uma simples medida de produtividade dá geralmente uma figura simplificada da realidade” (Medelberg, 1996: 275).

Pelas suas características e vantagens, o *TdB* tem sido utilizado por diversas Administrações Públicas, nomeadamente no Sector da Saúde em Portugal – que passamos agora a analisar.

3. A gestão por resultados no Sector da Saúde: o caso dos hospitais

No que respeita ao caso Português, a reforma do Sector Público iniciou-se a partir de 1986 com a adesão do país à União Europeia (Araújo, 2002).

Subjacente a esta reforma encontramos um plano de recuperação económico, sob superintendência do Fundo Monetário Internacional, para permitir a entrada de Portugal no Mercado Único Europeu, através do controlo da inflação, da dívida pública e do *déficit* externo (*idem*). Para controlar a inflação, a dívida pública e o *déficit* externo foi utilizado, numa primeira fase, o mecanismo de privatização, que para alguns autores tinha como principal propósito a promoção da competição no mercado (Sousa, Cruz, 1995). Contudo, estamos convictos, à semelhança de outros (*vide* Araújo, 2002), que a reforma que se iniciou teve que ver com razões económico-financeiras e não da adopção das ideias e influências da NGP.

Já na década de 90, e sem que tenham sido adoptadas grandes medidas para a reforma do Sector Público em Portugal (exceptuando a utilização do mecanismo de privatização que entretanto continuou a ser utilizado por demanda das Instituições Europeias), o Governo entendera que seria necessário alterar o modo como os serviços públicos eram prestados. Esse entendimento Governamental resulta então da influência das ideias do modelo gestor iniciado no RU duas décadas antes – que agora começava a ser equacionada na Europa Continental, incluindo Portugal.

Porém, e no caso Português, dever-se-ia atentar a algumas restrições práticas. Em primeiro lugar, era entendido que a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia dos serviços públicos era prioritária. Todavia, para que se assistisse a tais alterações, era necessário que o Governo fosse dotado de uma elevada capacidade de investimento, que foi entretanto seriamente afectada pela crise económica que se iniciara no início da década de 90, levando inclusive a uma quebra do Produto Interno Bruto.

Resultante da falta de liquidez e tendo entretanto a necessidade de melhorar os serviços públicos prestados, o Governo permitiu a entrada de capitais privados em vários sectores de actividade económica que até então eram do seu exclusivo domínio. De entre outros sectores, destacamos aqui o da saúde e em especial o caso dos hospitais, porque é aquele (a par do da educação) o que mais recursos económicos requer e ao mesmo tempo é aquele que mais preocupações levanta nos cidadãos nacionais (Santos, 2003).

Reportando ao sector da saúde, e tendo em consideração os objectivos públicos e as associadas restrições económico-financeiras, o Governo permitiu a partir de 2003 a entrada de capitais privados em 31 hospitais que até então estavam integrados no Sector Público Administrativo – esta medida decorre da Resolução do Conselho de Ministros No. 15/2003. Com esta resolução pretendia o Governo, como já avançámos, a entrada de capitais privados (ou privatização) nos serviços hospitalares de saúde, cujos objectivos eram: 1) satisfazer os utilizadores com serviços de qualidade e em tempo adequado; 2) separar quem providencia o serviço do seu prestador; 3) promover ganhos de eficiência; 4) desenvolver a introdução de ferramentas de gestão tradicionalmente privadas nos serviços de saúde; mas 5) manter o carácter universal e tendencialmente gratuito do serviço nacional de saúde.

De acordo com esta Resolução, o Governo decidiu que os serviços de saúde hospitalares poderiam ser classificados de acordo com três modelos: Sector Público Tradicional; Empresas Públicas e Gestão Privada. Numa primeira fase, 31 Hospitais integrados no Sector Público Administrativo iriam passar a adoptar o

modelo de empresas públicas. Independentemente da titularidade, os ganhos de eficiência dos serviços prestados e a utilização de ferramentas privadas eram dos principais objectivos do novo programa governamental.

Com esta disposição, foi introduzido o *TdB* na gestão dos 31 hospitais entretanto empresarializados. À semelhança do que foi avançado na parte segunda deste artigo, a utilização desta ferramenta visava a escolha de alguns indicadores económico-financeiros e operacionais que possibilitassem uma imagem geral da organização e em particular das suas sub-unidades, para que fosse possível proceder a uma comparação da produtividade entre as organizações – o denominado *benchmarking*.

Todavia, para efeitos do *benchmarking* dever-se-á atentar a alguns factores que podem afectar a produtividade das organizações que estão a ser comparadas. Num estudo realizado por Carter (1991) e Carter, Klein e Day (1992) foram considerados alguns factores que poderiam afectar a eficiência organizacional. Os factores considerados nestes estudos foram os seguintes: o *tipo de propriedade* (se pública ou privada); o *estatuto de troca* (conhecimento sobre o grau em que as organizações trocam os seus bens e serviços, o que está dependente do sector em que a organização exerce a sua acção); o *grau de competição a que estão sujeitas* (entre organizações a produzir os mesmos bens ou prestar os mesmos serviços e também pela quota de mercado que detêm); o *nível de responsabilização* (em especial a medida em que existe uma responsabilidade perante os políticos); a *heterogeneidade* (número de bens e serviços que produz ou presta, partindo do pressuposto que a produção de um só bem ou de um só serviço beneficia a produtividade da organização); o *grau de complexidade* (o nível de recursos humanos e ao mesmo tempo da sua perícia para produzir ou prestar os bens e/ou serviços, existindo a assumpção de que quanto maior for a interdependência maiores dificuldades existem para medir o nível de produtividade); e o *grau de incerteza* (na relação entre os objectivos propostos e os alcançados) (Carter, 1991; Carter, Klein, Day, 1992).

No que concerne ao sector da saúde, e em especial da acção dos hospitais, constatamos que o *tipo de propriedade* é igual para as 31 organizações em questão – logo não se colocará nenhuma hipótese de trabalho. Outras dimensões onde também não se podem colocar hipóteses de trabalho são: o *estatuto de troca*, o *grau de competição a que estão sujeitas*, o *nível de responsabilização*, o *grau de complexidade* e o *grau de incerteza*, porque é igual para todas elas.

Por fim, e no que concerne ao *nível de heterogeneidade* (aquele que reporta à variedade de bens e serviços que a organização presta), constatamos que alguns dos hospitais são especialistas, ou seja, a heterogeneidade é baixa (promovendo apenas a cura para determinadas patologias, como no caso dos IPO's) enquanto outros são gerenalistas (tendo várias especialidades a funcionar). Assim, considerando que existem diferenças entre organizações quanto ao nível de heterogeneidade, concluem Carter (1991) e Carter, Klein, Day (1992) que estas diferenças podem influenciar o nível de produtividade. Estas diferenças resultam da possibilidade de existirem ganhos com as economias de escala – entendidas pelo fenómeno em que os custos médios por unidade diminuem com o aumento da produção (OCDE, 2005). Se uma empresa só produz um bem ou presta um serviço, à medida que aumenta o consumo desse bem ou serviço é possível

assistir a uma economia de escala – influenciando a produtividade da organização. Desta constatação resulta a seguinte hipótese de trabalho:

Hipótese 2: o nível de heterogeneidade influencia a eficiência da organização.

Para além dos ganhos que podem advir da existência das economias de escala, dever-se-á igualmente atentar ao factor densidade populacional. Segundo alguns autores, esta dimensão influencia os níveis de procura dos bens e serviços e, consequentemente, da produtividade das organizações (Raadschelders, 2005). Desta constatação resulta a seguinte hipótese de trabalho:

Hipótese 3: a densidade populacional influencia a produtividade da organização

Assim, tentaremos testar se quer a *heterogeneidade*, quer a densidade populacional, são dois factores que influenciam a produtividade organizacional.

4. Metodologia

Com o objectivo geral de conhecer o impacto que a adopção do *TdB* teve nos 31 hospitais empresarializados em 2003 e para testar a nossa primeira hipótese faremos uso dos dados quantitativos que provêm dos estudos efectuados pelo Ministério da Saúde (<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>). Assim, iremos considerar os Indicadores Globais de Eficiência apurados pelo Ministério e que reportam aos 31 hospitais durante o período de 2003 (ano em que se iniciou a aplicação do *TdB*) até 2005 (últimos resultados fornecidos até ao início da nossa investigação). Com este exercício pretendemos saber se os resultados com a eficiência global aumentaram ou diminuíram, corroborando ou não a nossa primeira hipótese, em resultado da utilização do *TdB*.

Para além do conhecimento do impacto que a adopção do *TdB* teve nas organizações em causa, tentaremos perceber, para o ano de 2005 (como referido, é último ano considerado na nossa análise), em que medida estes mesmos resultados são influenciados pelas valências ou sub-unidades dos hospitais. As valências a serem consideradas são as seguintes: internamento e cirurgia ambulatoria; internamento; consultas externas; urgências e bloco operatório. Para este efeito, e como resultado da revisão da literatura, adoptaremos indicadores operacionais para cada uma das valências. Para além dos indicadores operacionais, socorrer-nos-emos de indicadores económico-financeiros, sendo estes de âmbito geral – vide Quadro N.º 1, Dimensões e indicadores globais de eficiência. Para concluirmos do impacto de cada uma das valências (variáveis independentes) no índice global de eficiência (variável dependente) faremos uso do *Statistical Package for the Social Sciences, Versão 15*, nomeadamente da análise de regressão e do modelo sem constante. Uma vez definidas as dimensões que afectam o Indicador Global de Eficiência das organizações hospitalares, utilizaremos o teste do qui-quadrado para definir qual o grau de associação entre variáveis em discussão.

Quadro N.º 1 – Dimensões e indicadores globais de eficiência		
Dimensão	Valência	Indicador
Operacional	Internamento & Cirurgia ambulatória	Doentes saídos por cama/mês
	Internamento	Demora média do internamento simples/dia
		Demora média do internamento ajustada por complexidade/dia
		N. de médicos por 10 camas ajustado por complexidade
		N. de enfermeiros por 10 camas ajustado por complexidade
		N. do restante pessoal por 10 camas ajustado por complexidade
	Consultas externas	Consultas por gabinete/dia
	Urgências	N. de urgências por 100 consultas
Económico/ Financeiro	Bloco operatório	Cirurgias programadas por sala/mês
	Geral	Proveitos totais
		Custos totais
		Medicamentos por doente padrão ajustados por complexidade
		Outros consumíveis por doente padrão ajustados por complexidade

Já no que respeita à nossa segunda hipótese de trabalho – saber se a heterogeneidade (variável independente) influencia a eficiência da organização (variável dependente) – faremos, igualmente, uso do *Statistical Package for the Social Sciences, Versão 15*, e especificamente da análise de regressão e do modelo sem constante, para perceber da relação deste factor no Indicador Global de Eficiência. Para o efeito consideraremos os hospitais Egas Moniz, Santa Cruz, IPO Coimbra, IPO Lisboa, IPO Porto, Pulido Valente e Santa Marta como hospitais especialistas, sendo os remanescentes considerados como generalistas segundo os dados fornecidos pelo sítio electrónico dos Hospitais EPE (<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>). Após o conhecimento do resultado sobre a influência do factor heterogeneidade no Indicador Global de Eficiência, socorrer-nos-emos da associação entre variáveis, através do teste do qui-quadrado, para definir qual o grau de associação entre as variáveis em questão.

Por fim, e para testarmos a nossa terceira hipótese de trabalho de que a densidade populacional influencia a produtividade da organização, faremos o levantamento das áreas de influência dos respectivos hospitais generalistas. A nossa opção está condicionada porque os hospitais especialistas não têm uma população alvo determinada, logo não é possível medir este factor neste tipo de hospitais. Com base nesta opção socorrer-nos-emos dos dados relativos aos Censos de 2001 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (*vide* <http://www.ine.pt>), sobre o número total de população residente em cada um dos concelhos considerados. Na posse desta informação avaliaremos, através da aplicação da análise de regressão e do modelo sem constante, a relação entre o número de pessoas servidas (variável independente) e o Indicador Global de Eficiência de cada hospital (variável dependente). À semelhança do que faremos para as outras hipóteses de trabalho, definiremos qual o grau de associação entre as variáveis em análise através da aplicação do teste do qui-quadrado.

Posto isto, enunciamos de imediato os resultados e consequente discussão.

5. Resultados e discussão

Para responder à nossa primeira hipótese de estudo, fizemos o levantamento dos Indicadores Globais de Eficiência dos 31 hospitais empresarializados em 2003 – *vide* Quadro N.º 2.

Quadro N.º 2 – Evolução dos Indicadores Globais de Eficiência					
Hospital	Índice global Eficiência	2003 (1)	2004 (2)	2005 (3)	Tendência (3-1)
Hospital da Feira		135	144	147	+ 12
IPO Coimbra		134	121	118	- 16
IPO Porto		128	117	113	- 15
HD Barcelos		119	128	126	+ 7
HD Viseu		115	120	111	- 4
H de St. Marta		112	117	116	+ 4
HD Leiria		111	114	121	+ 10
HD Almada		111	109	106	- 5
HD Guimarães		111	117	108	- 3
HD Bragança		110	100	96	- 14
HD Vale do Sousa		107	121	126	+ 19
CH Vila Real/Peso da Régua		106	111	112	+ 6
HD Figueira da Foz		106	107	112	+ 6
IPO Lisboa		105	93	93	- 12
HD Aveiro		105	112	121	+ 16
HD V. N. Famalicão		100	104	102	+ 2
HD Barreiro		99	105	105	+ 6
HD Amarante		99	102	109	+ 10
HD Santarém		99	102	102	+ 3
H Pulido Valente		97	96	95	- 2
CH Cova da Beira		95	97	95	=
GH Alto Minho		95	96	92	- 3
H Francisco Xavier		92	98	97	+ 5
ULS Matosinhos		91	87	89	- 2
CH Médio Tejo		91	89	88	- 3
H St.ª Cruz		90	88	92	+ 2
HD Setúbal		83	72	71	- 12
H. Egas Moniz		83	82	81	- 2
HD Portimão		83	74	77	- 6
H St.º António		82	87	93	+ 11
HD Beja		75	75	70	- 5
Média Geral		102	103	103	+ 17

Fonte: Elaboração própria a partir de <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>.

Legenda: IPO – Instituto Português de Ontologia; HD – Hospital Distrital; H. – Hospital; C.H. – Centro Hospitalar; G.H. – Grupo Hospitalar; ULS – Unidade Local de Saúde

Da observação do Quadro N.º 2, verificamos que entre os anos de 2003 (ano em que se iniciou a utilização do *TdB*) e o ano de 2005 (últimos dados disponíveis) a evolução do Indicador Global de Eficiência é positiva para 15 organizações (48.4%), negativa para 15 organizações (48.4%), e igual para outra organização (3.2%). Destes resultados, duas interpretações são possíveis: em

primeiro lugar, e se reportarmos ao número de organizações que melhorou ou piorou o seu indicador global de eficiência, os resultados apontam para uma situação de igualdade entre as organizações que melhoraram e as que pioraram os seus indicadores globais de eficiência. Assim, pode concluir-se que da utilização do *Tableau de Bord* não existiram alterações aos indicadores globais de eficiência – não se confirmando a primeira hipótese do nosso estudo.

Todavia, e partindo dos mesmos resultados, existe uma segunda interpretação: embora o número das organizações que melhoraram os seus indicadores globais de eficiência sejam iguais às que pioraram, a média geral aponta para uma melhoria de 17 pontos. Segundo esta segunda perspectiva, a primeira hipótese do nosso estudo está confirmada. Para finalizar, não podemos concluir da melhoria do índice global de eficiência e a utilização do *Tableau de Bord*.

Independentemente da perspectiva adoptada, propusemo-nos ao conhecimento das variáveis que afectam o nível global de eficiência. Como referimos na metodologia, utilizámos a análise de regressão sem constante e os resultados referem que o indicador do número de médicos por cada 10 camas ajustado por complexidade, que faz parte da valência do internamento, explica (significância de 0,045, *vide* Quadro N.º 3) o grau de eficiência de cada uma das organizações em análise.

Quadro N.º 3 - Coefficients(a,b)						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta	B	Std. Error
1	IS-Patients per bed	7,371	5,657	,267	1,303	,225
	EC-Consultancies per gabinet per day	1,394	,808	,203	1,725	,119
	U-Urgencies per 100 consultancies	-,219	,186	-,196	-1,179	,269
	I-Simple Average days of internment	10,731	8,335	,654	1,287	,230
	I-Adj. by complexity Average days of interment	-7,890	11,060	-,501	-,713	,494
	I-Doctors per 10beds (adj. by complexity)	7,247	3,119	,460	2,324	,045
	I-Nurses per 10beds (adj. by complexity)	3,667	4,542	,442	,807	,440
	I-Other personnel 10 beds	-,758	1,357	-,141	-,559	,590
	Operational results(€)	-9,58E-007	,000	-,080	-1,808	,104
	Financial results(€)	1,07E-005	,000	,073	,806	,441
	Other consumables per standard patient-adj. by complexity(€)	-,255	,117	-,302	-2,179	,057

a Dependent Variable: Global Efficiency Index; b Linear Regression through the Origin

Para perceber em que medida essa associação é determinante, através da associação entre as variáveis (número de médicos por cada 10 camas ajustado por complexidade e o indicador de eficiência) mediante a aplicação do teste do

qui-quadrado, concluímos que a associação entre as variáveis é elevada ($p = 0,049$, *vide* Quadro N.o 4).

Quadro N.o 4 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,888(b)	1	,049		
Continuity Correction(a)	2,600	1	,107		
Likelihood Ratio	3,973	1	,046		
Fisher's Exact Test				,076	,053
Linear-by-Linear Association	3,763	1	,052		
N of Valid Cases	31				

a Computed only for a 2x2 table

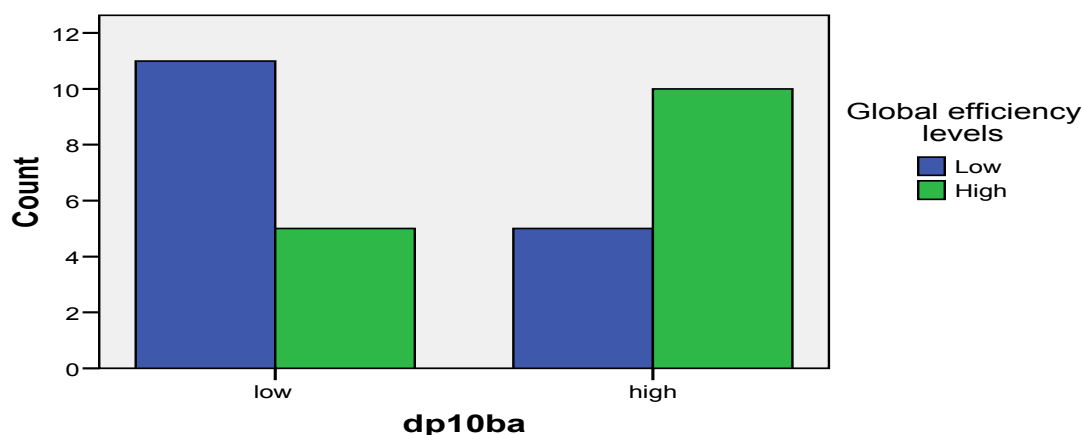
b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,26.

Deste modo, podemos concluir que se o número de médicos por cada 10 camas ajustado por complexidade for baixo propicia índices de eficiência também baixos (68,8%, *vide* Quadro N.o 5 e Gráfico N.o 1).

Quadro N.o 5 - doctors per 10 beds * Global efficiency levels Crosstabulation

		Global efficiency levels		Total	
		Low	High		
doctors per 10 beds	low	Count	11	5	16
		% within doctors per 10 beds	68,8%	31,3%	100,0%
		% within Global efficiency levels	68,8%	33,3%	51,6%
		% of Total	35,5%	16,1%	51,6%
	high	Count	5	10	15
		% within doctors per 10 beds	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Global efficiency levels	31,3%	66,7%	48,4%
		% of Total	16,1%	32,3%	48,4%
	Total	Count	16	15	31
		% within doctors per 10 beds	51,6%	48,4%	100,0%
		% within Global efficiency levels	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	51,6%	48,4%	100,0%

Gráfico N.º 1 – Associação Índice Global de Eficiência e número de médicos/10 camas



Por outro lado, um maior número de médicos por cada 10 camas ajustado por complexidade explica o índice de eficiência mais elevado das organizações (66,7%, *vide* Quadro N.º 5 e Gráfico N.º 1). Este resultado sugere que para aumentar o indicador de eficiência, as organizações deverão proceder à contratação de mais médicos – mantendo-se para o efeito todas as restantes variáveis constantes. Importa salientar o acréscimo de médico não é meramente quantitativo, mas também em termos da sua especialidade. A presença de uma variedade maior de especialidades médicas – maior complexidade – irá proporcionar condições para a produção conjunta de serviços de urgência, consultas e internamento, o que permitirá a realização de economia de gama, com ganhos que resultam da desse tipo de produção (Carreira, 1999), com reflexo nos indicadores eficiência.

Já para testar a nossa segunda hipótese de trabalho, saber se a heterogeneidade influencia o indicador global de eficiência, fizemos igualmente uso da análise de regressão, nomeadamente do modelo sem constante. Da aplicação deste instrumento verificamos que a heterogeneidade influencia grandemente o nível de eficiência global (significância de 0,000, *vide* Quadro N.º 6).

Quadro N.º 6 - Coefficients(a,b)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	Hospital type	55,155	2,697	,966	20,451	,000

a Dependent Variable: Global Efficiency Index

b Linear Regression through the Origin

Da aplicação do teste qui-quadrado para medir a associação entre as duas variáveis (a *heterogeneidade* e o indicador global de eficiência), verificamos que existe uma associação relevante ($p = 0,040$, *vide* Quadro N.º 7).

Quadro N.º 7 - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,210(b)	1	,040		
Continuity Correction(a)	2,631	1	,105		
Likelihood Ratio	4,600	1	,032		
Fisher's Exact Test				,083	,050
Linear-by-Linear Association	4,074	1	,044		
N of Valid Cases	31				

a Computed only for a 2x2 table

b 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

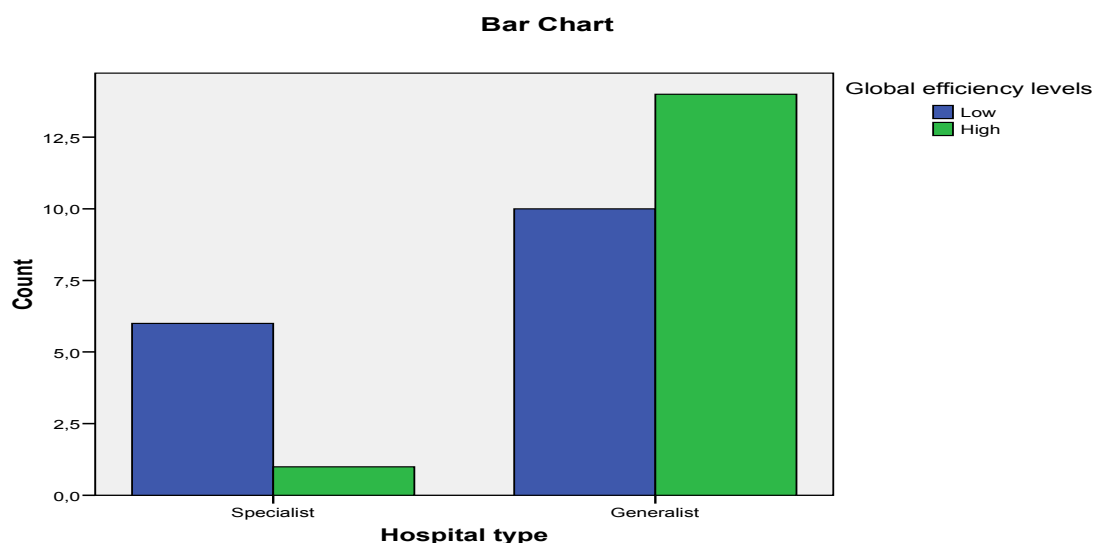
Da associação constatada entre as duas variáveis em análise verificamos que 85,7% dos hospitais de tipo especialista apresenta baixos níveis de eficiência (*vide* Quadro N.º 8 e Gráfico N.º 2) enquanto os hospitais de tipo generalista apresentam elevados níveis de eficiência (58,3%, *vide* Quadro N.º 8 e Gráfico N.º 2). Estes resultados são consistentes com um estudo realizado por Carreira (1999) o qual demonstra que os hospitais generalistas apresentam níveis de eficiência mais elevados em virtude das economias de gama.

Quadro N.º 8 - Hospital type * Global efficiency levels Crosstabulation

		Global efficiency levels		Total
		Low	High	
Hospital type	Specialist	Count	6	1
		% within Hospital type	85,7%	14,3%
		Adjusted Residual	2,1	-2,1
	Generalist	Count	10	14
		% within Hospital type	41,7%	58,3%
		Adjusted Residual	-2,1	2,1
Total	Count	16	15	
	% within Hospital type	51,6%	48,4%	

Em conclusão, podemos avançar que os hospitais de tipo generalista são mais eficientes do que os hospitais de tipo especialista. Sendo os hospitais de tipo generalista os mais eficientes, confirma-se que o grau de heterogeneidade afecta a eficiência organizacional, contudo é contrariada a crença de que a existência de economias de escala resulta numa maior eficiência.

Gráfico N.º 2 – Associação Índice Global de Eficiência e tipo de hospital



Por fim, e para saber em que medida a densidade populacional (variável independente) influencia o nível de eficiência organizacional (variável dependente), fizemos uso – à semelhança do que aconteceu para as outras duas hipóteses – da análise de regressão e de um modelo sem constante. Da influência da variável densidade populacional no nível de eficiência verificamos que existe uma associação positiva (0,008, *vide* Quadro N.º 9).

Quadro N.º 9 - Coefficients(a,b)					
Model		Unstandardized Coefficients		t	Sig.
		B	Std. Error		
1	Populational density	,037	,013	2,918	,008

a Dependent Variable: Global Efficiency Index

b Linear Regression through the Origin

Embora exista uma significância positiva, uma vez aplicado o teste do qui-quadrado verificamos que essa associação não é estatisticamente significativa ($p = 0,069$, *vide* Quadro N.º 10).

Quadro N.o 10 - Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,311(b)	1	,069		
Continuity Correction(a)	1,959	1	,162		
Likelihood Ratio	3,472	1	,062		
Fisher's Exact Test				,104	,080
Linear-by-Linear Association	3,173	1	,075		
N of Valid Cases	24				

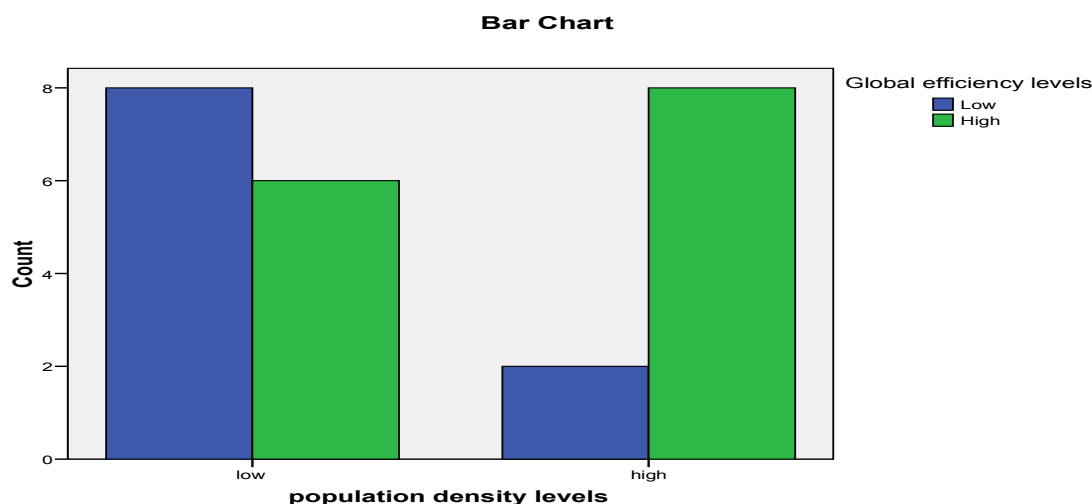
a Computed only for a 2x2 table

b 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,17.

Mesmo não existindo uma associação estatisticamente significativa avançamos que, existindo uma maior densidade populacional, maiores são os níveis de eficiência (80%, *vide* Quadro N.o 11 e Gráfico N.o 3).

Quadro N.o 11 - population density levels * Global efficiency levels Crosstabulation					
			Global efficiency levels		Total
			Low	High	
population density levels	low	Count	8	6	14
		% within population density levels	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Global efficiency levels	80,0%	42,9%	58,3%
		% of Total	33,3%	25,0%	58,3%
		Adjusted Residual	1,8	-1,8	
	high	Count	2	8	10
		% within population density levels	20,0%	80,0%	100,0%
		% within Global efficiency levels	20,0%	57,1%	41,7%
		% of Total	8,3%	33,3%	41,7%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
Total	Count	10	14	24	
	% within population density levels	41,7%	58,3%	100,0%	
	% within Global efficiency levels	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	41,7%	58,3%	100,0%	

Gráfico N.º 3 – Associação Índice Global de Eficiência e densidade populacional



6. Conclusões

Mostrámos neste artigo que a reforma do Sector Público sob influência da NGP colocou especial ênfase na medição e avaliação do desempenho organizacional público. Se numa primeira fase este modelo foi iniciado e desenvolvido no RU, passados alguns anos foi implementado no Continente Europeu, nomeadamente em Portugal. Neste país, e à semelhança de outros, existiu a necessidade de aumentar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços públicos – em especial no que concerne ao sector dos serviços hospitalares. Decorrente desta necessidade, o Governo Português decidiu empresarializar 31 hospitais com o intuito de alcançar os objectivos da reforma sob influência da NGP entretanto iniciada neste país.

De entre outras medidas, o Ministério da Saúde decidiu implementar o *TdB* no sector dos serviços hospitalares. Como resultado das nossas hipóteses de trabalho, concluímos que a eficiência organizacional é influenciada pelo grau de heterogeneidade das organizações e pela densidade populacional que cada uma delas serve – esta última no caso dos hospitais generalistas. Contudo, não se confirma a hipótese de que existisse uma melhoria do índice global de eficiência resultante da adopção do *Tableau de Bord* – sendo esta indeterminada.

Todavia, mercê dos resultados obtidos neste estudo, alertamos para a necessidade de se atentar a determinados factores que poderão alterar os níveis de eficiência organizacionais, nomeadamente o grau de heterogeneidade e a densidade populacional que os hospitais servem – variáveis que não são controladas pelas respectivas organizações. Assim, a comparação entre organizações deve obrigatoriamente prever estas condicionantes, sob hipótese de efectuarem juízos deturpados no que concerne à eficiência organizacional.

Bibliografia

- Anderson, Bjorn, 1999. *Business Process Improvement Toolbox*. Wisconsin: ASQ Quality Press
- Araújo, Joaquim Filipe, 2000. *O Modelo de Agência como Instrumento de Reforma da Administração*. Comunicação apresentada no Fórum 2000: Reforma do Estado e Administração Gestonária, Lisboa
- Araújo, Joaquim Filipe, 2002. *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editora
- Araújo, Joaquim Filipe, 2003. *A Governação Local e os Novos Desafios*. Comunicação apresentada no Fórum de Gestão e Administração Pública, Mirandela
- Araújo, Joaquim, 2004. *Teorias e Modelos de Gestão Pública – Relatório da Disciplina*. Braga: Universidade do Minho
- Baptista, Jaime, 2005. “Níveis de serviço insuficientes” in Vários, *Intervenções Públicas de 2005*, Lisboa, IRAR, pp.: 115 – 118
- Bilhim, João, 2000. *Ciência da Administração*. Lisboa: Universidade Aberta
- Bovaird, Tony; Gregory, David, 1996. “Performance Indicators: The British Experience” in Halachmi, Arie; Bouckaert, Geert (eds.), *Organizational Performance and Measurement in the Public Sector: Toward Service, Effort and Accomplishment Reporting*, London, Quorum Books, pp.: 239 – 273
- Bouckaert, Geert, 1996. “Measurement of Public Sector Performance: Some European Perspectives” in Halachmi, Arie; Bouckaert, Geert (eds.), *Organizational Performance and Measurement in the Public Sector: Toward Service, Effort and Accomplishment Reporting*, London, Quorum Books, pp.: 223 – 237
- Bouckaert, Geert; Halligan, John, 2006. *A Framework for Comparative Analysis of Performance Management*. Comunicação apresentada na Conferência Anual do Grupo Europeu da Administração Pública, Milan
- Bourn, John, 1992. “Evaluating the Performance of Central Government” in Pollitt, Christopher; Harrison, Stephen (eds.), *Handbook of Public Services Management*, Oxford, Blackwell Publishers, pp.: 25 – 46
- Bruijn, Hans, 2002. “Performance measurement in the public sector: strategies to cope with the risks of performance measurement” in *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, No. 6/7, pp.: 578 – 594
- Carreira, Carlos Manuel Gonçalves, 1999, *Economias de Escala e de Gama nos Hospitais Públicos Portugueses: Uma aplicação da função de custo variável translog*, Coimbra, Grupo de Estudos Monetários e Financeiros (GEMF)
- Carter, Neil, 1991. “Learning to Measure Performance: The Use of Indicators in Organizations” in *Public Administration*, Vol. 69, pp.: 85 – 101
- Carter, Neil; Klein, Rudolf; Day, Patricia, 1992. *How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*. London: Routledge
- Clarke, Thomas, 1993. “The Political Economy of the UK Privatization Programme: A Blueprint for Other Countries?” in Clarke, Thomas; Pitelis, Christos (eds.), *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge, pp.: 205 – 233
- Deming, Edwards, 1994. *The New Economics: For Industry, Government, Education – 2nd Edition*. Cambridge: The MIT Press
- Drewry, Gavin, 2000. “The Citizen And The New Contractual Public Management: The Quest For New Forms Of Accountability And A New Public Law” in Yvonne, Fortin; Hassel, Hugo (eds.), *Contracting in the New Public Management: From Economics to Law and Citizenship*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 255 – 271

- Drewry, Gavin, 2005. "Water Management in the UK: Public Utility, private ownership and state regulation" in Raadschelders, Jos (eds.), *The Institutional Arrangements for Water Management in the 19th and 20th Centuries*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 63 – 80
- Epstein, M. J. and J. Manzoni, 1997. "The balanced scorecard and tableau de bord: Translating strategy into action" in *Management Accounting* (August): 28-36.
- Farazmand, Ali, 2001. "Privatization or Public Enterprise Reform? Implications for Public Management, an Introduction" in Farazmand, Ali (eds.), *Privatization or Public Enterprise Reform? – International Case Studies with Implications for Public Management*, London, Greenwood Press, pp.: 3 – 22
- Ferlie, Ewan; Fitzgerald, Louise, 2002. "The sustainability of the New Public Management" in McLaughlin, Kate; Osborne, Stephen; Ferlie, Ewan (eds.), *New Public Management: Current trends and future prospects*, London, Routledge, pp.: 341 – 353
- Ferner, Anthony; Colling, Trevor, 1993. "Privatization of the British Utilities: Regulation, Decentralization and Industrial Relations" in Clarke, Thomas; Pitelis, Christos (eds.), *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge, pp.: 125 – 141
- Giddings, Philip, 2005. "The Ombudsman: Accountability and Contracts" in Drewry, Gavin; Greve, Carsten; Tanquerel, Thierry (eds.), *Performance Measurement and Accountability in the Public Sector*. Amsterdam, IOS Press, pp.: 91 – 102
- Instituto Regulador de Águas e Resíduos; Laboratório Nacional de Engenharia Civil, 2005. *Guia de Avaliação de Desempenho das Entidades Gestoras de Serviços de Águas e Resíduos* (http://www.irar.pt/presentationlayer/publicacao_01.aspx?publicacaotipo=1, consultado em 11/7/2006)
- Johnston, Jocelyn; Romzek, Barbara, 1999. "Contracting and Accountability in State Medicaid Reform: Rhetoric, Theories, and Reality" in *Public Administration Review*, Vol. 59, No. 5, pp.: 383 – 399
- Jordan, Hughes; Neves, João; Rodrigues, José, 1990. *O Controlo de Gestão – Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores*. Lisboa: Rei dos Livros
- Ketl, D., 2000, *The Global Public Management Revolution*, Washington, Broking Institute Press.
- Kirkpatrick, Ian; Lucio, Miguel, 1995. "Introduction: The Politics of quality in the public Sector" in Kirkpatrick, Ian; Lucio, Miguel (eds.), *The Politics of Quality in the Public Sector*, London, Routledge, pp.: 1 – 15
- Lane, Jan-Erik, 2000. *New Public Management*. London: Routledge
- Lane, Jan-Erik, 2005. *Public Administration and Public Management – the principal-agent perspective*. New York: Routledge
- Long, Andrew, 1992. "Evaluating Health Services: From Value for Money to the Valuing of Health Services" in Pollitt, Christopher; Harrison, Stephen (eds.), *Handbook of Public Services Management*, Oxford, Blackwell Publishers, pp.: 59 – 71
- Martin, Stephen; Parker, David, 1997. *The Impact of Privatisation: Ownership and corporate performance in the UK*. London: Routledge
- McLaughlin, Kate; Osborne, Stephen, 2002. "Current Trends and future prospects of public management: a guide" in McLaughlin, Kate; Osborne, Stephen; Ferlie, Ewan (eds.), *New Public Management: Current trends and future prospects*, London, Routledge, pp.: 1 – 3

- Medelberg, Magnus, 1996. "The Authority's Performance – A Practical Assessment" in Halachmi, Arie; Bouckaert, Geert (eds.), *Organizational Performance and Measurement in the Public Sector: Toward Service, Effort and Accomplishment Reporting*, London, Quorum Books, pp.: 275 – 308
- Metcalfe, Les; Cowper, Jeremy, 1998. "The Case of UK" in Corkery, Joan; Daddah, Turkia, O'nuallain, Colm; Land, Tony, *Management of Public Sector Reform – A Comparative Review of Experiences in the Management of Programmes of Reform of Administrative Arm of Central Government*, Netherlands, IOS Press, pp.: 283 – 320
- Micheli, Pietro; Neely, Andy; Kennerley, Mike, 2005. *The Roles of performance measurement in the English public sector*. Comunicação apresentada na Conferência Anual do Grupo Europeu da Administração Pública, Berna
- OCDE, *Glossary of Industrial Organisation Economics and Competition Law* (<http://www.oecd.org/dataoecd/8/61/2376087.pdf>, consultado em 2005/11/12)
- O'Toole, Laurence; Meier, Kenneth, 2004. "Parkinson's Law and the New Public Management? Contracting Determinants and Service-Quality Consequences in Public Education" in *Public Administration Review*, Vol. 64, No. 3, pp.: 342 – 352
- Peters, Guy, 2000. "Contracts As A Tool For Public Management: Their Strange Absence In North America" in Yvonne, Fortin; Hassel, Hugo (eds.), *Contracting in the New Public Management: From Economics to Law and Citizenship*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 33 – 47
- Peters, Guy; Savoie, Donald, 1994. "Civil Service Reform: Misdiagnosing the Patient" in *Public Administration Review*, Vol. 54, No. 5, pp.: 418 - 425
- Peters, Guy; Pierre, John, 1998. "Governance Without Government? Rethinking Public Administration" in *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vo. 8, No. 2, pp.: 223 – 243
- Pileitis, Chistos; Clarke, Thomas, 1993. "Introduction: The Political Economy of Privatization" in Clarke, Thomas; Pitelis, Christos (eds.), *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge, pp.: 1 – 28
- Pollitt, Christopher, 2005. *Hospital Performance Indicators: How and Why Neighbours Facing Similar Problems Go Different Ways*. Comunicação apresentada na Conferência Anual do Grupo Europeu da Administração Pública, Berna
- Pollitt, Christopher; Harrison, Stephen, 1992. "Introduction" in Pollitt, Christopher; Harrison, Stephen (eds.), *Handbook of Public Services Management*, Oxford, Blackwell Publishers, pp.: 1 – 22
- Pollitt, Christopher; Birchall, Johnston; Putman, Keith, 1998. *Decentralising Public Service Management*. London: Macmillan Press
- Pollitt, Christopher; Bouckaert, Geert, 2004. *Public Management Reform: A Comparative Analysis – 2nd Edition*. Oxford: Oxford University Press
- Raadschelders, Jos, 2005b. "Fresh Water Management as Collective Action in Time: a multi-dimensional and multi-level challenge of governance in an inter-disciplinary context" in Raadschelders, Jos (eds.), *The Institutional Arrangements for Water Management in the 19th and 20th Centuries*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 1 – 22
- Radnor. Zoe, 2005. *Developing a Typology of Organisational Gaming*. Comunicação apresentada na Conferência Anual do Grupo Europeu da Administração Pública, Berna
- Resolução do Conselho de Ministros No. 15/2003
- Rocha, Oliveira, 2000. *Organização e Gestão dos Tribunais*. Comunicação apresentada na Conferência do Centro de Estudos Judiciários, Lisboa

- Santos, Victor (Coordenação Executiva), 2003. *Estado da Nação – como está o Portugal de hoje?* (<http://www.estadodanacao.net>, consultado em 2007/02/10)
- Secretary to the Treasury, 1999. *Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountability. Comprehensive Spending Review – public service agreements 1999 – 2002*, London, The Stationery Office Limited
- Sousa, Fernando; Cruz, Ricardo, 1995. *O Processo de Privatizações em Portugal*. Porto: Associação Industrial Portuguesa
- Suleiman, Ezra, 2003. *Dismantling Democratic States*. New Jersey: Princeton University Press
- Wegener, Alexander, 2000. “Management Contracts in International Comparative Perspective: Experiences from Leading-Edge Local Governments” in Yvonne, Fortin; Hassel, Hugo (eds.), *Contracting in the New Public Management: From Economics to Law and Citizenship*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 107 – 126
- Wilcox, Brian, 1992. “Assessing the Performance of Schools” in Pollitt, Christopher; Harrison, Stephen (eds.), *Handbook of Public Services Management*, Oxford, Blackwell Publishers, pp.: 47 – 58
- Worthington, Ian, 1999. “The social and economic context” in Rose, Aidan; Lawton, Alan (eds.), *Public Services Management*, Harlow, Pearson Education Limited, pp.: 26 – 44